In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Troubles anxieux et TOC

Généralités :

- Les Trb anxieux affectent 12% de la pop, causant un handicap léger à grave.
- Prévalence sur la vie : 15-20%
- Prévalence en médecine générale : 25-35%
- Association aux Trb dépressifs dans 50% des cas.
- Leur présence augmente le risque C-Vx et cérébro-Vx.
- Ils peuvent être TRT de de manière efficace.
- Le Taux d'hospitalisation est 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

I. Définition de l'anxiété

- L'anxiété est une **émotion physiologique**.
- Qui possède un rôle adaptatif face aux stimuli environnementaux habituels ou menaçant.
- Elle s'exprime sur le plan psychologique, comportemental et somatique.
- Elle devient patho lorsqu'elle est trop intense, inadaptée, entrainant un handicap social/professionnel du fait de ses conséquences.

II. Symptôme clinique

i. Les symptômes de l'anxiété:

i. Symptômes psychologiques:

- Appréhension, Anticipation, Inquiétude, Tension, Peur,
- Irritabilité, Impatience.

ii. Symptômes comportementaux:

- Agitation, Maladresse, Fuite, Evitement de situation ou d' activités, Compulsions (rituels, manies),Recherche répétés de réassurance, d'aide, de sédation (tranquilisants,alcool).

iii. Symptômes somatiques:

- Cardio-vasculaires : palpitation, tachycardie, précordialgies, hypertension artérielle.
- Neurologiques: vertiges, céphalées, douleur musculaire, paresthésies……
- vertiges, céphalées, douleur musculaire, paresthésies, troubles du sommeil, troubles de la concentration, dépersonnalisation,
- déréalisation, hyper vigilance , tremblements.
- Autres: * Digestifs: diarrhée, polyurie, sueurs.

ii. Modification physiologique:

- Stimulation de la sécrétion du cortisol.
- Sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline.
- Hyperventilation et hypocapnie secondaire.
- Hyper vigilance et activation des fonctions cognitives adaptatives.

III. Différents types de troubles anxieux

i. Attaque de panique

- Début brutal dure quelques minutes, parfois nocturne, limitée dans le temps.
- Symptômes somatiques au 1 plan, entrainant des consultat° d'urgences médicales! Précordialgies, malaise, étouffement).
- Cognitions ou pensées « catastrophiques », sentiment de perte de contrôle, de danger imminent
- Modification perceptuelles, sensation de déséquilibre, de déréalisation, de dépersonnalisation.

***- Les pensées catastrophiques de l'attaque de panique*:**

- Peur de mourir, peur d'avoir une maladie.
- Peur de perdre connaissance, d'avoir un malaise, de perdre l'équilibre, de tomber.
- Peur de perdre le contrôle de commettre des actes irrationnels.
- Peur de perdre la raison de devenir fou.

- Les étiologies possibles:

- Stimulus phobogène ; Isolées de l'adolescence ; Origine toxique, médicale ou iatrogène
- Amplification des ruminat° dépressives ; Crises du trouble panique.

ii. Le trouble panique (avec ou sans agoraphobie)

- Début brutal vers 25-30 ans (2 femmes pour un homme).
- Répétition des crises de paniques spontanées avec apparition secondaire:
- **Anxiété anticipatoire** de nouvelles crises.
- Anxiété **focalisée** sur **certaines situat°où le sujet craint de se retrouver seul, de faire un malaise/de perdre le contrôle (agoraphobie)**
- Evolution fluctuante dans le temps.
- **Complications**: dépression, alcool, invalidité.

- ***Exemples de situations phobogènes de l'agoraphobie:***
  - Conduite automobile, Avion, Transport en commun.
  - Magasins, Centres commerciaux, Cinéma, Coiffeur, Dentiste.
  - Etre seul, enfermé ou loin d'une sortie, Médecin, Hôpital.
  - Ponts, tunnels, ascenseurs, grands Espaces, Hauteurs.

iii. Trouble anxiété généralisée

- Elle est d'évolution chronique supérieure à 6 mois.
- Débute à l'âge adulte, parfois à l'occasion d'un stress ou d'un changement important.
- Inquiétudes et appréhensions continues concernant 3 ou + activités de la vie quotidienne (travail, famille, argent, santé...) avec surestimation des probabilités de survenue d'événements négatifs.
- Les pensées anxieuses ont un caractère incontrôlable sont à l'origine des troubles de l'attention et de la concentration.
- Elle s'accompagne de symptômes d'hyper-vigilance (insomnie, tension musculaire, réactivité accrue, fatigabilité.
- Les patients ont souvent une histoire de troubles fonctionnels: céphalée, trouble digestifs, rachialgies.

iv. Phobies sociales

- Peurs de situations sociales multiples.
- Les situations phobogènes sont intensément appréhendées, **évitées de façons systématiques** ou confrontées au prix d'une anxiété majeure.
- Le retentissement fonctionnel est important au point de vue social, affectif et professionnel.
- Souvent associés à des personnalités pathologiques de type évitantes.
- Elles débutent dans **l'enfance ou l'adolescence**. Évolution chronique.
- **Les premières consultations sont souvent liées aux complications**:
  - Dépression.
  - Alcoolisme.
  - Addiction.
- Faible taux d'amélioration spontanée.
- **Les aspects psychologiques sont représenter par:**
  - Peur de présenter des symptômes d'anxiété (rougir, trembler...).
  - Peur de baffouiler.de ne pas savoir quoi dire, d'avoir l'air embarrassé, ridicule...
  - Peur d'une évaluation négative, crainte de ne pas être aimé, apprécié.
  - Tendance à interpréter l'attitude des autres comme critique ou hostile.
  - Auto-dévalorisation, inadéquation, honte.

v. Phobies spécifiques

- Débutent dans **l'enfance.**
- Fréquentes, n'ont pas toujours de caractère pathologique.
- Caractérisées par une anxiété intense provoquée immédiatement et systématiquement lors de l'exposition un objet ou à une situation spécifique.
- Cette **exposition** est **souvent appréhendée** (anxiété anticipatoire) et **parfois évitée.**
- Elle peut être une phobie d'animaux, environnement naturel, sang et injection, situation...la dimension pathologique est liée à la gravité des évitements.

vi. Les troubles obsessifs compulsifs

- Début progressif dans l'enfance ou l'adolescence, consultation souvent tardive.
- Deux principaux types de symptômes:
  - ***Les obsessions:*** intrusion subite de pensées d'impulsions ou d'images inappropriées entraînant un inconfort du fait de leur caractère anxiogène ou inacceptable.
  - ***Les compulsions:*** comportements ou actes mentaux (compter, prier) répétitifs que le sujet est poussé à accomplir pour diminuer son anxiété.
- Les troubles interfèrent avec les activités du patient (supérieur à 1h par jour) et sa vie affective.
- **Comorbidités** : **Tics, Dépression, Schizophrénie**.

vii. La réaction aigue de stress

- L'évènement traumatique est caractérisé:

- Par une menace de mort ou d'altération physique dont le sujet est victime ou témoin.
- Par une réaction émotionnelle intense.

- L'évènement est suivi rapidement de **l'apparition de symptômes dissociatifs:**
  - Confusion, sidération, amnésie totale ou sélective, sentiment d' engourdissement, d'anesthésie, de détachement, déréalisation, dépersonnalisation.
- **L'évènement traumatique** est revécu de façon répétitive (réminiscences, pensées, rêves, impression, impulsions, flash-back) de façon spontanée ou provoquée par des stimuli spécifiques que le patient tente d'éviter.
- Il existe un **état d'alerte anxieux permanent** et un retentissement fonctionnel.
- La réaction est limitée (48h à 4 semaines) et tend à **s'atténuer** avec le temps.

viii. Syndrome de stress post-traumatique

- Se manifeste par des symptômes caractéristiques à la suite **d'une exposition** à un agent extrême de stress traumatique.
- **La réaction** à l'évènement est une peur intense ou un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- Les symptômes se manifestent dans **les 3 mois** qui suivent le traumatisme (temps de latence).
- Dans certains cas il peut s'écouler, des mois voire des années avant que les symptômes n'apparaissent.
- **La symptomatologie est faite de :**
  - *Souvenirs perturbateurs*, cauchemars, reviviscence **constante de l'évènement traumatique**, des flash-back.
  - *Symptômes physique:* troubles du sommeil, irritabilité, hyper-vigilance.
  - *Symptômes comportementaux:* **Eviter** les pensées, les sentiments, les conversations, les activités, les personnes ou les endroits associés au traumatisme.

IV. Thérapeutique

i. Chimiothérapie:

i. Action rapide et à court terme:

- Les benzodiazépines:sont des tranquillisants anxiolytique et myorelaxant! tranxène.xanax lexomil.lysanxia).
- Les Antihistaminiques: (Atarax).
- Les bêtabloquant (avlocardyl).

ii. Action progressive et à long terme:

- Les Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine « 1RS »:f!uoxétine (prozac).sertraline (zoloft).paroxétine (déroxat).
- Les Antidépresseurs tricycliques:
- Clomipramine (Anafranil),Amitriptilyne (laroxyl).

iii. Association éventuelle BDZ +AD : en début de traitement et pour un temps limité (a à 4 semaines).

iv. Règles d'utilisation des BDZ:

- Débuter par les doses les plus faibles.
- Augmentera posologie de façon progressive.
- Avertir le patient du risque de sédation, d'interaction avec 1' alcool, de dépendance.
- La prescription ne dépasse pas 4 semaines pour les hypnotiques 12 semaines pour les anxiolytiques.
- Arrêt de manière progressive.
- Ne pas associer deux BDZ.
- Contre-indication : insuffisance respiratoire avancée, Apnée du sommeil. Myasthénie.

ii. V.2. Psychothérapie:

i. Psychothérapie de soutient: Informer, rassurer, écouter, favoriser la verbalisation.

ii. Thérapie cognitive-comportementale (TCC): techniques d'exposition, de déconditionnement.

iii. Techniques de relaxation corporelle.